SEGUROS BOLÍVAR
Tranquilidad para usted y su empresa

arl

No. 1495578

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

EPS a la que está afiliado : E.P.S SANITAS	Código EPS : 5	ARL a la que está afiliado : SEGUROS BOLIVAR S.A.	Código ARL : 7
AFP a la que está afiliado es Seguro Social ☐ Si ☒ No	Cuál? : PORVENIR		Código AFP : 3

I. IDENTIFICACION GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

Tipo de vinculador laboral ☒ Empleador ☐ Contratante ☐ Cooperativa de Trabajo

Sede Principal

Nombre de la actividad económica : Construcción de carreteras y vías de ferrocarril, incluye la	Código : 5421001	Nombre o razón social : **CONSORCIO RAMBAR-4**	Tipo de identificación ☒NT ☐CC ☐CE ☐NU ☐PA ☐TI No:**901944863**
Dirección : CRA 20 #69 80 OF 305 CC COMERCIAL PLAZA DEL BOSQUE	Teléfono : 3208543944	Fax :	Correo Electrónico (E-mail) : DIRECCIONTALENTOHUMANO@ASFALTEMOS.COM
Departamento : TOLIMA Código : 73	Municipio : IBAGUE Código : 001	Zona ☒ U ☐ R	

Centro de Trabajo Donde Labora el Trabajador

¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? ☐ Si ☒ No Solo en caso negativo, diligenciar las siguientes casillas sobre centro de trabajo			Nombre actividad económica : Construcción de carreteras y vías de ferrocarril, incluye la		Código : 5421001
Dirección : CLL 9 NO 21-192 AVENIDA CENTENARIO	Teléfono : 3214342204	Fax :	Departamento : TOLIMA Código : 73	Municipio : HONDA Código : 349	Zona ☒ U ☐ R

II. INFORMACION DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO

Tipo de Vinculación ☒ Planta ☐ Misión ☐ Cooperado ☐ Estudiante o aprendiz ☐ Independiente			Código : 1	Primer y segundo apellido :**SUAREZ VILLAREAL**	
Primer y segundo nombre :**EDIER SANTIAGO**			Tipo de identificación ☐NT ☒CC ☐CE ☐NU ☐PA ☐TI ☐PE No: **1105782524**		
Fecha de Nacimiento : 09-12-2005	Sexo ☐ F ☒ M	Dirección : CRA 6 25A 22 SANTA LUCIA	Teléfono : 6017188690	Fax :	Departamento : TOLIMA Código : 73
Municipio : HONDA Código : 349	Zona ☒ U ☐ R	Cargo : AYUDANTE DE OBRA	Ocupación Habitual : Oficiales y operarios de la construccion (obra gruesa) y afines,		Código : 771712
Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente DD : 16 MM : 3	Fecha ingreso a la Empresa : 17-07-2025	Salario u honorarios (Mensual) : $ 1.423.500	Jornada de Trabajo habitual ☒ Diurna ☐ Nocturna ☐ Mixta ☐ Turnos		

III. INFORMACION SOBRE EL ACCIDENTE

Fecha del accidente: **28-10-2025**	Hora del accidente (0-23horas) : 07:15	Día de la semana en el que ocurrió el accidente ☐ Lunes ☒ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes ☐ Sábado ☐ Domingo	Jornada en que sucede ☒ Normal ☐ Extra
¿Estaba realizando su labor habitual? ☒ Si ☐ No Cuál? : Código : 771712	Total tiempo laborado previo al accidente HH : 0 MM : 15	Tipo de accidente : ☐(1)Violencia ☐(2)Tránsito ☐3)Deportivo ☐(4)Recreativo o cultural ☒(5)Propios del trabajo	
¿Causó la muerte al trabajador? ☐ Si ☒ No	Departamento accidente : TOLIMA Código : 73	Municipio accidente : HONDA Código : 349	Zona donde ocurrió el accidente ☒ U ☐ R
Lugar donde ocurrió el accidente ☒ Dentro de la empresa ☐ Fuera de la empresa			

Indique cuál sitio ☐ (1) Almacenes o depósitos ☒ (2) Areas de producción ☐ (3) Areas recreativas o deportivas ☐ (4) Corredores o pasillos ☐ (5) Escaleras ☐ (6) Parqueaderos o áreas de circulación vehicular ☐ (7) Oficinas ☐ (8) Otras áreas comunes ☐ (9) Otro

Tipo de Lesión

☐ (10) Fractura
☐ (20) Luxación
☐ (25) Torcedura,esguince, desgarro muscular,hernia o laceracion de músculo o tendón sin herida
☐ (30) Conmoción o trauma interno
☐ (40) Amputacion o enucleación(exclusión o pérdida del ojo)
☐ (41) Herida
☒ (50) Trauma superficial (incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)
☐ (55) Golpe o contusión o aplastamiento
☐ (60) Quemaduras
☐ (70) Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia
☐ (80) Efectos del tiempo, del clima u otros relacionados con el ambiente
☐ (81) Asfixia
☐ (82) Efecto de la electricidad
☐ (83) Efecto nocivo de la radiación
☐ (90) Lesiones múltiples
☐ (99) Otro
Especifique :

Parte del cuerpo aparentemente afectada

☒ (1) Cabeza
☐ (1.12) Ojo
☐ (2) Cuello
☐ (3) Tronco(incluye espalda, columna vertebral,médula espinal,pelvis)
☐ (3.32) Tórax
☐ (3.33) Abdómen
☐ (4) Miembros superiores
☐ (4.46) Manos
☐ (5) Miembros inferiores
☐ (5.56) Pies
☐ (6) Ubicaciones múltiples
☐ (7) Lesiones generales u otras

Agente del Accidente(con qué se lesionó el trabajador)

☐ (1) Máquinas y/o equipos
☐ (2) Medios de transporte
☐ (3) Aparatos
☒ (3.36)Herramientas, implementos ó utensilios
☐ (4) Materiales o sustancias
☐ (4.4) Radiaciones
☐ (5) Ambiente de trabajo(incluye superficie de tránsito y de trabajo,muebles,tejados,en el exterior interior o subterraneos)
☐ (6) Otros agentes no clasificados
☐ (6.61)Animales(vivos o productos animales)
☐ Agentes no clasificados por falta de datos

Mecanismo o forma del accidente

☐ (1) Caida de personas
☐ (2) Caida de objetos
☒ (3) Pisadas, choques o golpes
☐ (4) Atrapamientos
☐ (5)Sobreesfuerzo,esfuerzo excesivo o falso movimiento
☐ (6) Exposición o contacto con temperatura extrema
☐ (7) Exposición o contacto con la electricidad
☐ (8) Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras
☐ (9) Otro
Especifique :

IV. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

Describa detalladamente dentro de la información del accidente que lo originó o causó y los demás aspectos relacionados con el accidente:
El día 28 de octubre de 2025, siendo aproximadamente las 7:15 a.m., el trabajador se encontraba en el interior de una zanja, en posición agachado, realizando labores de extracción de una piedra. Al costado derecho de la excavación, había una pala colocada en posición vertical. Por causas aún por determinar, dicha herramienta cayó e impactó al trabajador en el rostro, específicamente en el tabique nasal. Como resultado del impacto, el trabajador presentó dolor localizado y edema en la zona afectada. Se procedió a realizar la atención correspondiente.

Personas que Presenciaron el Accidente

Hubo personas que presenciaron el accidente? ☐ Si ☒ No En caso afirmativo diligenciar la siguiente información:

Apellidos y nombres completos :	Tipo de identificación ☐NT ☐CC ☐CE ☐NU ☐PA ☐TI No:	Cargo :
Apellidos y nombres completos :	Tipo de identificación ☐NT ☐CC ☐CE ☐NU ☐PA ☐TI No:	Cargo :

Persona responsable del informe : (Representante o Delegado)

Apellidos y nombres completos : MARTHA ISABEL MELO DUARTE	Tipo de identificación ☐NT ☒CC ☐CE ☐NU ☐PA ☐TI No: 40398102	Cargo : PROFESIONAL SST

Fecha de diligenciamiento : 31-10-2025 10:47:11

REPORTE INTERNO EMPLEADOR